

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André FRANTZ

Né le 15 mai 1895 à Riobamba (Equateur)

FORMES LARVÉES

DE

L'ABCÈS DU FOIE

Président : M. LABBÉ, professeur

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

NORBERT MALOINE, ÉDITEUR

27, Rue de l'École-de-Médecine, 27

PARIS 1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André FRANTZ

Né le 15 mai 1895 à Riobamba (Equateur)

FORMES LARVÉES
DE
L'ABCÈS DU FOIE

Président : M. LABBÉ, professeur

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE
NORBERT MALOINE, ÉDITEUR
27, Rue de l'École-de-Médecine, 27
===== PARIS 1923 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI . . . Pathologie médicale.
 LGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 UBERTIN . . . Pathologie médicale.
 ASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 AUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 INET Physiologie.
 LANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 RANCA . . . Histologie.
 RULÉ Pathologie médicale.
 USQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 ADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 HAMPY . . . Histologie.
 HIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 EBRÉ Hygiène.
 de JONG . . . Anatomie pathologique.
 UVOIR . . . Médecine légale.
 SCALIE Obstétrique.
 IESSINGER . . Pathologie médicale.
 VOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expériment¹⁰
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . Urologie.

MM.

NOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BOUGEROT . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. . . Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale in-
 fan tile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
 LÉPER. Clinique médicale.
 PROUST. Clinique chirurgicale.
 RATHERY. Clinique médicale.
 SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique
 chez l'adulte pour les accidentés du travail
 les mutilés de guerre et les infirmes adultes

FREY.

Stomatologie

CHAILLAY BERT.

Éducation physique.

LEDOUX-LEBARD.

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FAMILLE

AUX MIENS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR GILBERT

M. LE D^r POTHERAT (*in memoriam*)

M. LE D^r DALCHÉ

M. LE PROFESSEUR SICARD

M. LE D^r AUVRAY

M. LE PROFESSEUR SEBILEAU

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

M. LE PROFESSEUR BAR

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

M. LE D^r TIXIER

M. LE PROFESSEUR agrégé LEREBoullet

M. LE D^r LESNÉ

M. LE D^r HUDELO

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

A M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBE

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A M. LE D^r E. CHABROL

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

En souvenir de notre court passage dans son service à la fin de nos études. Merci de son accueil et des indications qu'il nous a données au sujet de cette thèse.

FORMES LARVÉES DE L'AMBIASE DU FOIE

INTRODUCTION

L'arrivée en Europe de troupes coloniales a donné un haut intérêt à l'étude des maladies exotiques. Les maladies amibiennes, en particulier, par l'extension qu'elles ont prises dans nos contrées, ont constitué un sujet d'alarme. On a parlé à juste titre d'un « péril amibien ». La connaissance de ces dernières affections ne saurait trop retenir l'attention des médecins, car, malgré le départ du contingent colonial, des foyers de contamination ont persisté, comme viennent le confirmer les cas journellement publiés d'amibiase ou intestinale ou hépatique. D'autre part, si l'on songe que bien des cas de diarrhée dite des tranchées, observés parmi nos troupes en campagne, étaient des dysenteries atténuées, on comprendra la possibilité de complications tardives de cette affection, principalement du côté de la glande hépatique.

L'hépatite amibienne, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, offre de sérieuses difficultés de diagnostic, surtout dans nos climats où elle

se présente souvent sous des formes frustes ou larvées. Il convient d'être bien prévenu sur les différents aspects qu'elle peut revêtir pour pouvoir la dépister. Bien des malades atteints depuis longtemps d'un mauvais état général, et ayant habité des régions suspectes, avec tantôt des troubles du côté de l'appareil hépatique ou tantôt des troubles intestinaux sont souvent des personnes contaminées et qui n'arriveront à se débarrasser de leurs maux qu'autant que le diagnostic étiologique de leur affection aura été établi.

La dissémination des porteurs de germes et des foyers infestés doit faire rechercher et soupçonner partout l'amibiase.

DE LA FORME RÉNALE DE L'ABCÈS DU FOIE

Il existe un certain nombre de cas d'abcès du foie dont la symptomatologie a pu prêter à confusion avec une néphrite.

Rendu, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, attire l'attention sur cette forme de l'hépatite suppurée.

« Quand l'hépatite ne s'accompagne ni d'augmentation de volume, ni de douleur du foie les difficultés sont encore bien plus grandes et l'on est conduit à soupçonner parfois une affection profonde des reins. La faible quantité des urines et la proportion d'urée insignifiante que l'on y rencontre contribuent encore à faire commettre l'erreur ; aussi, lorsque cet ensemble de symptômes se rencontre chez un vieillard, il est difficile de se défendre de l'idée qu'on est en présence d'une néphrite avec accidents urémiques. Nous avons vu un cas de ce genre dans le service de M. le professeur Gubler ; les caractères de l'urine, très fortement hémaphérique, firent soupçonner le diagnostic, mais pendant plus d'une semaine il resta douteux. »

Dans cette étude, nous allons successivement pas-

ser en revue les symptômes qui dans l'abcès du foie sont susceptibles d'égarer le diagnostic vers celui de néphrite. Ainsi nous examinerons dans cette affection : le caractère des urines, les œdèmes, les troubles gastro-intestinaux et autres analogues à certaines manifestations de rétention uréique.

C'est principalement l'hépatite amibienne suppurée, de beaucoup la plus fréquente, que nous aurons en vue dans ce qui suit ; cependant les symptômes que nous analyserons peuvent aussi se rencontrer dans d'autres abcès hépatiques de nature indéterminée.

Pour terminer nous donnerons quelques observations qui viendront montrer l'intérêt d'un tel travail.

LES URINES DANS L'ABCÈS DU FOIE

1^{er} Examen physique de l'urine

Quantité. — La quantité des urines est le plus souvent au dessous du chiffre physiologique, tant que le foie suppure et que le pus n'a pas été évacué. Cependant, il n'est pas exceptionnel de constater, chez certains hépatiques porteurs d'abcès du foie, que le taux de l'urine ne paraît pas influencé par la maladie en cours, mais il s'agit de ces suppurations torpides dont la fréquence est assez grande et qui évoluent comme des abcès froids. Cette diminution de l'urine s'accroît de plus en plus dans les derniers jours des cas mortels.

Quand l'abcès est unique et qu'il a été ouvert, la quantité d'urine s'accroît brusquement pour atteindre ou dépasser le degré physiologique.

Densité. — Par suite de la réduction subie par la partie liquide et malgré la diminution des éléments solides, celle-ci peut être augmentée au cours d'une hépatite à abcès multiples terminée par la mort. Après opération les décharges uréiques et chloruriques qui se produisent maintiennent souvent élevée la densité de l'urine. Le plus souvent elle oscille entre 1.010 et 1.020.

Couleur. — Les nuances dominantes sont : le jaune paille, le jaune ambré, le jaune rouge et le jaune brun.

2^o Examen chimique

Réaction. — Presque toujours acide.

Variation quantitative des principes normaux : urée, chlorures, phosphates, matières colorantes.

Urée. — Selon Parkes :

Dans l'hépatite suppurative la quantité d'urée rejetée de l'organisme par l'urine des vingt-quatre heures est tantôt augmentée et tantôt diminuée, l'augmentation correspondant à la période initiale de congestion inflammatoire, la diminution coïncidant avec la phase de suppuration hépatique. Cette diminution est en raison directe de l'étendue des territoires hépatiques détruits par la fonte purulente. Toutefois certaines réserves doivent être faites à ces affirmations. Il n'est pas certain que la période initiale de l'hépatite endémique se traduise par une augmentation du taux de l'urée ; tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'il peut rester normal ; on doit signaler que dès ce moment, contrairement à ce qui se passe dans les états fébriles, notamment dans la fièvre paludéenne, il y a discordance entre l'élévation de la fièvre et le chiffre de l'urée.

A part cette restriction la règle établie par Parkes a été vérifiée par la presque totalité des observateurs

coloniaux ; en réalité, il y a toujours réduction du taux de l'urée quand se produit et s'étend l'inflammation amibienne de la glande hépatique, aussi bien au stade suppuratif qu'à celui où se forme et où s'est formée la collection.

A l'appui de la relation qui existe entre la diminution de l'urée et l'étendue de la destruction hépatique, Bertrand et Fontan citent le fait consigné dans la thèse de Dupré : l'absence complète d'urée dans l'urine d'un malade atteint d'un abcès qui avait fini par entraîner la destruction totale de son foie (obs. XCII).

Cependant il faut se garder de donner à cette hypo-urée, relative ou même absolue, une signification qu'elle n'a pas : à côté de cas confirmant la règle de la diminution de l'urée en rapport avec l'étendue de la lésion hépatique, il existe des cas d'abcès multiples où l'excrétion de l'urée est voisine de la normale, tandis que dans d'autres cas un seul abcès a déterminé une diminution notable de l'urée.

Le taux de l'urée descendrait rarement au-dessous de 13 à 14 grammes en vingt-quatre heures, même lorsqu'il existe plusieurs poches purulentes.

La diminution du pouvoir uropoïétique du foie paraît liée plutôt à des phénomènes d'inhibition qu'aux lésions destructives. Ces phénomènes d'inhibition peuvent provenir des décharges de la toxine amibienne, et également du tassement du paren-

chyme hépatique résultant de la présence d'une collection purulente.

Si la maladie évolue vers la guérison, il se produit une décharge notable d'urée. C'est ce que Bertrand appelle la polyurée paroxystique qui montre l'efficacité de la thérapeutique soit médicale, soit chirurgicale.

Acide urique. — L'acide urique est, par contre, généralement augmenté et atteint souvent le double de son taux habituel.

Chlorures. — Ils se comportent comme l'urée et suivent ses oscillations. Leur chiffre très diminué pendant toute la durée de la suppuration hépatique, se relève rapidement après l'incision de l'abcès dans le cas de guérison.

Phosphates. — Moins atteints que les chlorures, parfois même augmentés pendant une partie de la maladie, ils semblent tomber très bas vers la fin des cas mortels. Quand la guérison survient après opération, leur quantité s'accroît avec celle de l'urée et des chlorures.

Eléments anormaux. — Présence d'indol, de scatol et d'urobiline dans l'urine des malades atteints d'abcès du foie.

Certaines urines traitées par les acides minéraux forts, azotique ou chlorhydrique, se marquent rapidement d'un anneau bleu violacé. Cette coloration traduit la présence de matières colorantes formées et résorbées dans le gros intestin, l'indol (bleu) et le scatol (rose), sulfo-conjugués dans l'organisme et

éliminés par l'urine à l'état d'indoxyl et de scatoxyl-sulfate de soude et de potasse. Les acides minéraux versés dans l'urine décomposent ces sels et mettent la matière colorante en liberté.

Ces matières colorantes, l'indol surtout, étant des produits microbiens, dont la quantité formée paraît être en raison directe de l'intensité des fermentations intestinales, il était rationnel de présumer que, dans l'hépatite suppurée, si fréquemment liée à la dysenterie, les urines entraîneraient de l'indol et du scatol. L'observation directe a justifié ces prévisions.

Pour mieux mettre en évidence la présence d'indol et de scatol dans l'urine de ces malades, on peut agir comme il suit. Après avoir traité l'urine par l'acide chlorhydrique à chaud, on ajoute du chloroforme et après refroidissement on traite par l'éther. Cette urine donne trois étages superposés colorés différemment : au fond du tube, un culot d'un bleu marqué, le chloroforme ayant dissout l'indol, à la partie moyenne, un anneau intermédiaire constitué par l'urine qui a repris sa couleur jaune ambré; et à la partie supérieure, une couche d'un rouge apparent dû à la dissolution du scatol dans l'éther.

La disparition de ces chromogènes de l'urine pendant plusieurs jours consécutifs est un signe favorable étant l'indice de digestions meilleures ou de fermentations putrides intestinales moins actives.

L'urobiline se rencontre fréquemment dans l'urine des malades porteurs d'abcès du foie. Sa recherche

n'est à omettre en aucun cas dans les formes larvées de la maladie. Sa présence permettra de confirmer un diagnostic hésitant en décelant l'atteinte de la glande hépatique.

Dans le procédé de Schlessinger on mêle l'urine avec une quantité égale d'une solution d'acétate de zinc dans l'alcool absolu à 10 0/0. Pour accélérer la réaction on ajoute I à II gouttes d'une solution iodo-iodurée étendue. La présence de l'urobiline est reconnue par la fluorescence du filtrat, et l'on peut, sans autre manipulation, en estimer l'intensité (la quantité) avec un peu de pratique.

A l'examen spectroscopique, l'urobiline se caractérise par une bande d'absorption située entre les raies b et F de Fraunhöffer.

Au laboratoire il vaudra mieux traiter l'urine par le sulfate mercurique ; après filtration, on agitera le filtrat avec du chloroforme. Le chloroforme, qui a extrait l'urobiline, sera à son tour traité par l'acétate de zinc. Il se forme d'abord un trouble, puis peu à peu, au fur et à mesure de l'addition de l'acétate de zinc, le chloroforme s'éclaircit et on obtient, dans le cas de présence de l'urobiline et en proportion de sa quantité, une fluorescence vert jaune.

On n'a pas souvent l'occasion de constater la présence de pigments biliaires normaux à l'analyse de l'urine dans la suppuration endémique du foie, parce que l'ictère vrai y est très rare. On ne l'y observe guère qu'avec de très volumineux abcès ou des collections purulentes faisant saillie à la face

inférieure de l'organe, au voisinage du hile, conditions dans lesquelles il est produit mécaniquement par compression des gros canaux biliaires et obstacle à l'écoulement de la bile.

Albumine. — On a longtemps contesté la présence de l'albumine dans les urines des hépatites endémiques; il est vrai de dire qu'il s'agissait d'examens pratiqués en Europe, à longue distance de l'atteinte primitive, souvent à une période où les lésions étaient torpides. Mais aux colonies, on décèle presque toujours au cours des paroxysmes, quand ils déterminent une forte réaction, des traces notables d'albumine. Cette albuminurie n'est que passagère et disparaît avec la crise pour se reproduire à chaque poussée manifeste de la maladie.

Autres produits anormaux. — L'hématurie peut accompagner l'ouverture d'un abcès du foie, dans le rein ou le bassinet. Mais il est bien entendu que dans ce cas le phénomène le plus important est l'apparition du pus dans les urines. La purulence des urines pourra persister indéfiniment si la fistule faisant communiquer les deux organes est étroite et s'il s'agit d'un gros abcès du foie.

On rencontre très rarement du glucose dans l'urine, même après l'épreuve du sucre alimentaire.

3^e Mode de l'élimination de l'urine

Après avoir étudié les caractères physiques et chimiques de l'urine des porteurs d'abcès du foie, il

nous reste à parler du mode d'élimination de l'urine des vingt-quatre heures dans cette affection. Alors que l'homme adulte, en bonne santé, ressent généralement, après les repas, un besoin plus ou moins impérieux d'uriner, besoin qui se manifeste chez certains immédiatement, chez d'autres dans la demi-heure ou l'heure qui suit le repas; en cas d'hépatite suppurée, le malade ne ressent le besoin d'uriner que plusieurs heures après ses repas. Il y a opsiurie, phénomène bien étudié par Léger dans l'hépatite amibienne. Souvent même les mictions de la première moitié de la journée, de 0 à 12 heures, sont plus considérables que celles de la deuxième moitié, de 12 à 24 heures. Cette inversion du rythme de l'élimination de l'urine devra appeler l'attention du côté de la glande hépatique, en présence d'un diagnostic hésitant.

LES ŒDÈMES

Selon Kelsch et Kiener, l'ascite, l'œdème des membres inférieurs, la bouffissure de la face sont souvent mentionnés par les auteurs et atteignent parfois un degré élevé, surtout dans les abcès clos à parois fibreuses.

L'ascite s'observe principalement dans les abcès de la face inférieure du foie qui compriment la veine cave et s'opposent ainsi à la circulation veineuse intra-abdominale. L'œdème des membres inférieurs, rare au début, est fréquent vers la fin des cas à longue durée.

La rétention chlorurée et les modifications de la circulation hépatique, apportées par la présence d'une poche purulente, jointes à un degré plus ou moins prononcé de cachexie qui accompagne l'abcès du foie, tant soit peu que l'affection se prolonge, expliquent aisément cette fréquence des œdèmes.

TROUBLES POUVANT FAIRE PENSER A DES MANIFESTATIONS AZOTÉMIQUES

Le malade atteint d'hépatite amibienne a un faciès spécial, mais qui n'a rien de pathognomonique ; le plus souvent il est amaigri, cachectique, le visage a une coloration particulière, la teinte patate, les muqueuses sont décolorées et, cliniquement, on peut penser que le malade est atteint d'anémie.

Du côté de l'appareil digestif les symptômes observés sont les suivants : anorexie assez marquée ; langue recouverte d'un enduit saburral plus ou moins épais ; elle est quelquefois sèche, fuligineuse, rôtie. De Brun considère comme un signe pathognomonique de l'abcès du foie « la rougeur vive et sèche de la langue ».

Les vomissements sont quelquefois incessants, incoercibles.

Les symptômes intestinaux peuvent se borner à des alternatives de diarrhée dysentérique et de constipation, mais il est plus habituel de constater une dysenterie subaiguë ou une dysenterie chronique avec poussées actives. A côté des selles dysentériques classiques muqueuses, mucoso-sanglantes, séro-sanglantes, ou bien des selles molles, pâteuses,

en bouse de vache, on a signalé des selles séreuses, abondantes, faites de liquide pâle, gris sale, sans aucun débris en suspension, assez chargé en urée. Les évacuations très nombreuses, séro-hémorragiques, sont le fait habituel à la période terminale des grandes collections hépatiques.

Du côté de l'appareil respiratoire la dyspnée est fréquente dans l'abcès du foie. Le nombre des mouvements respiratoires est exagéré non seulement quand il s'agit d'abcès de la face convexe, en rapport avec le diaphragme et par son intermédiaire avec l'appareil pleuro-pulmonaire, mais aussi dans les collections profondes de la glande hépatique ; fréquemment même, dans ces cas, s'observent des signes de congestion pulmonaire.

Parmi les symptômes nerveux observés nous signalerons la céphalée, les vertiges, l'apathie, parfois un état sub-comateux, les crampes musculaires, autant de troubles capables d'égarer le diagnostic.

Enfin comme autres symptômes pouvant attirer l'attention du côté de l'appareil rénal, nous signalerons les douleurs lombaires, très fréquentes, même en dehors d'une évolution possible de l'abcès du foie vers le rein ou le tissu cellulaire périnéphrétique. L'urée sanguine est élevée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LÉSIONS RÉNALES OBSERVÉES DANS L'HÉPATITE AMIBIENNE

La plupart des ouvrages classiques ne mentionnent pas les lésions rénales observées dans l'hépatite suppurée. Il nous a fallu compulsier un certain nombre d'observations pour pouvoir rassembler les principales altérations rénales rencontrées dans cette affection.

Ces lésions sont variables. Souvent on ne constate pas d'altération rénale apparente. Parfois on se trouve en présence de reins présentant des abcès miliaires à leur surface et à leur centre, d'autres fois ces abcès sont plus volumineux quoique indépendants de l'abcès hépatique. Les reins peuvent être ou hypertrophiés ou atrophiés. Dans une observation de Brodin et Ménétrier, les reins augmentés de volume, pesant l'un et l'autre 300 grammes, présentaient des lésions de dégénérescence amyloïde. Dans d'autres observations, les reins augmentés de volume, se présentent en voie de dégénérescence graisseuse, décolorés, blanchâtres, la substance corticale notablement augmentée de dimensions avec

un semis hémorragique à la surface représentant les glomérules congestionnés.

A côté de gros reins blancs avec lésions de néphrite parenchymateuse, on trouve des reins atrophiés, avec des lésions de néphrite interstitielle.

Le polymorphisme de ces lésions montre que l'atteinte rénale est plus en rapport avec des intoxications secondaires qu'avec le poison supposé de l'amibe.

DIAGNOSTIC

Pour arriver au diagnostic dans ces abcès du foie à forme rénale, il conviendra de procéder méthodiquement. On se basera :

- 1° Sur les antécédents du malade ;
- 2° Sur la constatation de parasites dans les selles ;
- 3° Sur l'analyse des symptômes donnés par la clinique et les méthodes instrumentales ;
- 4° Sur le résultat du traitement d'épreuve.

Antécédents du malade. — Les antécédents du malade feront connaître si on est en présence d'un ancien colonial ayant eu des phénomènes dysentériques, auquel cas on songera à une complication hépatique toujours possible. Des phénomènes diarrhéiques survenant chez des personnes qui ont séjourné dans des régions occupées par des troupes coloniales devront mettre en garde sur la possibilité d'une maladie amibienne. On ne devra pas oublier que bien des entérites rebelles contractées sur le front, ont été guéries en quelques jours par le traitement classique de l'amibiase. Ces antécédents acquerront beaucoup plus de valeur si le malade présente des symptômes de dysenterie en cours.

Analyse des symptômes fournis par la clinique

et les méthodes spéciales d'investigation. — On devra tenir soigneusement compte des modalités de la fièvre et de la douleur dans l'hépatite suppurée. Cette dernière pourra être ressentie à distance. Voici les principales localisations indiquées par Andral :

1° Vers la région épigastrique ;

2° Le long du rebord des fausses côtes ;

3° En un point plus ou moins limité de l'hypochondre ;

4° Vers la partie latérale inférieure droite du thorax ;

5° Près du rachis ;

6° Au flanc droit, à l'ombilic et plus rarement vers la grande courbure de l'estomac.

On a décrit le point de côté de la rate, celui de la fosse iliaque, celui des lombes et surtout le point de côté de l'épaule.

On a signalé des irradiations jusque dans la cuisse.

La localisation de la douleur au moignon de l'épaule avec extension au bras droit devra surtout retenir l'attention.

L'analyse des urines pourra contribuer à affermir le diagnostic si l'on constate une certaine diminution dans l'excrétion de l'urée.

L'opsiurie, si bien étudiée par Léger dans l'abcès du foie, constituera un précieux signe de l'atteinte de la glande hépatique.

Dans nombre de cas l'hémapheïsme de l'urine, dénotée par la teinte acajou des urines au contact

de l'acide azotique, a permis de poser le diagnostic. Il conviendra toujours de rechercher l'urobiline, le pigment du foie malade.

L'examen hématologique dans l'hépatite suppurée, dénote :

1° Une diminution des globules rouges.

2° Une hyperleucocytose absolue ou relative (signe de Bertrand et Roger).

3° Une polynucléose neutrophile avec hypoeosinophilie.

Dans la majorité des cas, les polynucléaires forment 70 à 90 0/0 de la totalité des globules. Dans les abcès multiples ou à infection microbienne secondaire, cette polynucléose arriverait à 90 0/0.

Mais il ne faut pas oublier que des réserves ont été faites sur la valeur de cette formule, surtout dans les périodes latentes de l'affection, et même en cas de collection purulente volumineuse.

Les renseignements fournis par les rayons de Roentgen sont particulièrement intéressants. Ils ont bien souvent mis sur la voie d'un diagnostic insoupçonné. Cette exploration doit être pratiquée de face, de dos, de profil. L'examen sera radioscopique, puis radiographique. Dans les abcès de la face convexe, on notera l'immobilité et la dénivellation de l'hémidiaphragme droit. Pour les abcès de la face inférieure, il est indispensable de recourir à la dilatation artificielle de l'estomac par l'acide carbonique après ingestion, au moment même de l'examen, d'acide tartrique et de bicar-

bonate de soude. Un abcès central se révélera souvent par une partie plus dense au milieu de l'ombre hépatique.

La ponction exploratrice fournit, non seulement un signe d'une certitude absolue, mais donne, par l'analyse du pus, des indications intéressantes sur l'opportunité du traitement chirurgical ou du traitement médical. On ne devra pas craindre de multiplier les ponctions ; elles sont, d'après la plupart des auteurs, inoffensives et dans les congestions de l'organe elles auraient une heureuse action déplétive. La simple seringue de Roux avec une aiguille d'un millimètre et de huit, dix ou quinze centimètres de long est suffisante. Il sera bon d'employer l'anesthésie locale ou de donner quelques bouffées de kélène. Cette ponction se fera au point où la douleur est le plus accusée par le malade et la palpation. On s'aidera des renseignements fournis par la radiographie. Mais cette exploration peut être négative soit que l'on passe à côté de l'abcès en raison de son faible volume, soit qu'il s'agisse d'un abcès profond difficilement abordable.

Epreuve thérapeutique. — Elle constitue, par la rapidité des renseignements qu'elle fournit, une véritable pierre de touche de la lésion hépatique. L'émétine et mieux encore, la cure mixte émétino-arsenicale a donné d'excellents résultats sous la forme suivante :

Tous les quatre jours, injections intraveineuses de novarsenobenzol sans dépasser la dose de 0,30 ;

entre les quatre premières, on fera pendant trois jours consécutifs, des injections sous-cutanées d'émétine aux doses de 4, 6, 8 centigrammes ; on suspendra l'émétine entre la quatrième et la septième injection de novarsenobenzol pour la reprendre aux mêmes doses que précédemment à partir de la septième. Le malade reçoit ainsi dix injections arsenicales et dix-huit injections d'émétine en quarante jours de traitement, soit 3 grammes de novarsenobenzol et 1 gr. 04 d'émétine.

Dès la première semaine, on note une notable amélioration dans l'état général du malade, sauf dans les hépatites suraiguës qui sont au-dessus de la médecine et de la chirurgie.

TRAITEMENT

Il existe un certain nombre de cas d'abcès du foie qui ont évolué vers la cicatrisation spontanée. Ces lésions cicatricielles ont été constatées chez les coloniaux morts d'affections diverses. Les observations sont exceptionnelles et le plus souvent l'abcès livré à lui-même évolue vers la cachexie et vers la mort. Ils justifiaient cependant l'essai d'un traitement purement médical des collections amibiennes intra-hépatiques. Si l'état du malade permet quelque temps d'expectative, si le pus retiré par ponction exploratrice est de date récente comme le dénotent sa coloration chocolat, rouge brique, sa consistance visqueuse ; s'il s'agit de poche de faible dimension, l'émétine associée au novarsenobenzol donne souvent de remarquables résultats. Mais s'il s'agit de vieille collection dont le pus a perdu ses caractères typiques, si après quelque temps d'amélioration l'état reste stationnaire, il vaudra mieux recourir au traitement médico-chirurgical.

Le plus souvent on se contente, en même temps que le malade est soumis au traitement par l'émétine et le novarsenobenzol, d'évacuer l'abcès et d'y injecter une solution d'émétine de 0,05 à 0,10 cen-

tigrammes pour 40 grammes d'eau chlorurée. On peut renouveler cette tentative à plusieurs reprises. Les résultats pourront être accélérés en remplaçant les injections sous-cutanées d'émétine par des injections intra-veineuses aux doses de 0,05 centigrammes dans cinq centimètres cubes de solution saline normale.

L'hépatotomie, avec drainage et lavage de la poche, s'imposera si le cas évolue rapidement vers la cachexie. On pratiquera soit l'incision par la méthode de Little, en se guidant sur l'aiguille exploratrice, soit l'incision méthodique, plan par plan, avec suture de la glande hépatique à la paroi en utilisant ou la voie abdominale ou la voie transpleurale suivant la situation de l'abcès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Thèse de Gauverit, Paris, 1849)

Une femme de 50 ans environ rendait, depuis trois années des urines purulentes, elle ressentait une douleur à la région rénale droite ; de plus, à peu près depuis la même époque, elle éprouvait une autre douleur, bien distincte de la précédente, au niveau des dernières côtes droites ; cette douleur, ordinairement peu vive, s'exaspérait par intervalles, et devenait lancinante.

Cette femme avait maigri peu à peu, et lorsque nous la vîmes, elle était déjà dans un degré avancé de marasme. Elle n'avait jamais eu d'ictère. Tout le flanc droit était douloureux au toucher ; il était manifestement tendu, plus saillant que l'autre ; on ne pouvait cependant y circonscrire aucune tumeur : dans la partie de ce flanc, il y avait un empâtement assez considérable du tissu cellulaire sous-cutané. De temps en temps, la malade éprouvait une douleur très vive qui semblait suivre le trajet de l'uretère. L'urine, assez abondante, présentait un sédiment blanchâtre qui paraissait formé par du pus. Au niveau des dernières côtes, la malade accusait une douleur que n'accompagnait ni la toux, ni la dyspnée.

L'hypocondre droit était souple et indolent ainsi que le reste de l'abdomen.

Cette femme fut regardée comme atteinte d'une inflamma-

tion chronique du rein droit. Quant à la douleur qu'elle accusait au niveau des dernières côtes droites nous fûmes portés à penser qu'elle dépendait d'une phlegmasie également chronique d'une portion de membrane séreuse, soit du péritoine péri-hépatique, soit de la plèvre.

A l'autopsie nous trouvâmes le rein droit remarquable par son volume, qui était plus grand du tiers environ qu'à l'état normal.

Le foie n'était pas plus volumineux que de coutume ; mais son tissu était partout d'un gris pâle et tellement ramolli, qu'en le pressant avec le doigt, celui-ci s'y enfonçait et le réduisait en une pulpe grisâtre ; très peu de sang s'en écoulait par l'incision. Vers le centre du lobe droit, existait une cavité qui aurait pu admettre un œuf de poule et que remplissait un pus blanchâtre.

Dans cette observation, la douleur ressentie par la malade au niveau des dernières côtes droites aurait dû faire penser à la possibilité d'un abcès du foie.

OBSERVATION II (Thèse de Leblond, Paris, 1892.)

*Abcès du foie où l'obscurité
des symptômes n'a pas permis le diagnostic pendant la vie*

Une femme de 35 ans, sujette aux douleurs de tête, fut prise subitement de malaise général, de vertiges et de vomissements : grande faiblesse, décubitus dorsal, anurie. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde. La langue était sèche, noirâtre

les lèvres recouvertes d'enduit brunâtre avec éruption herpétique. Pouls petit. Pas de gargouillement dans l'abdomen, pas de météorisme, ni d'épistaxis.

L'excrétion si peu abondante de l'urine, sa couleur rouge, la présence d'albumine appelèrent l'attention du côté des reins et firent soupçonner une néphrite dont les vomissements eussent été symptomatiques; on pouvait d'autant mieux le croire qu'il était survenu un œdème graduel des membres et du tronc. D'un autre côté, ce phénomène rapproché de l'extrême faiblesse du pouls pouvait inspirer des inquiétudes sur l'état du cœur, et bien que l'auscultation ne pût faire reconnaître la lésion de cet organe, on pouvait craindre la formation dans sa cavité soit de caillots, soit de fausses membranes. On ne peut être fixé pendant la vie.

A l'autopsie on trouva dans le foie un abcès du volume d'un œuf de poule situé à la partie supérieure du grand lobe, au voisinage de la veine cave et de la veine porte, dans lesquelles il a laissé couler le pus. Le parenchyme du foie qui l'entoure est partout tapissé d'une fausse membrane. La situation de cet abcès explique qu'il n'ait pu être reconnu pendant la vie. En effet, placé loin de la vésicule et des vaisseaux biliaires, il ne pouvait comprimer ces organes ni apporter aucun trouble dans leurs fonctions. Le malade n'avait jamais accusé de douleurs dans l'hypocondre droit. Les phénomènes observés pendant la vie ont dû se manifester quand le pus a commencé d'être versé dans les veines voisines de son foyer.

Ce fait est curieux à cause de l'impossibilité du diagnostic.

OBSERVATION III

Une forme clinique atypique d'abcès du foie par le D^r Ma-
naud, médecin aide-major de 1^{re} classe, détaché au Con-
sulat de France à Battambang (Siam).

(Gaide, *Mémoire sur les abcès du foie*, *Bulletin médical de l'Indo-Chine Française*, 15 octobre 1906, n° 5.)

G..., 30 ans, soldat au 2^e Régiment Etranger, 20^e Compa-
gnie, numéro matricule 9770, ayant un an de séjour au
Tonkin, entré à l'Hôpital d'Hanoi (1^{er} Fiévreux) le 9 sep-
tembre 1905 avec le diagnostic : « Diarrhée et appendical-
gie ».

Ayant depuis une huitaine de jours une légère diarrhée
le malade a été atteint le 8 septembre, la veille de son entrée,
de vives douleurs dans la moitié droite de l'abdomen et de
fièvre.

Au moment de son entrée il accuse la même douleur plus
intense dans la fosse iliaque droite, dont la palpation est
douloureuse, mais sans qu'il existe de point particulière-
ment sensible. On ne constate ni empâtement ni modifica-
tion quelconque de la région. Langue légèrement saburrale.
Fièvre. T. 38°2 le matin, 38°6 le soir.

L'examen des organes, en particulier du foie et de la rate
ne révèle rien d'anormal. On ne trouve dans les antécédents
qu'une pneumonie droite en 1902, qui ne paraît pas avoir
laissé de traces.

La diarrhée cesse le lendemain de l'entrée. Les mêmes

symptômes avec fièvre, température oscillant de 37° à 39°4, anorexie, douleur, persistent sans modifications appréciables les jours suivants.

Le 12, la douleur spontanée que le malade accusait dans la moitié droite de l'abdomen, s'est localisée dans la région du flanc droit et la région lombaire du même côté. La moindre pression dans cette région provoque une douleur très vive qui arrache des cris au malade, et interdit toute exploration clinique. La zone douloureuse correspond à tout l'espace compris entre le bord costal et la crête iliaque. Elle correspond nettement en somme à la topographie du rein droit.

En revanche la palpation profonde ne réveille plus aucune douleur dans le reste de l'abdomen, même dans la fosse iliaque droite où les phénomènes douloureux s'étaient primitivement manifestés. La fièvre persiste, l'état général n'est pas modifié. Traces d'albumine dans les urines.

La matité hépatique, d'étendue moyenne, ne présente pas de déformation. Le foie ne déborde pas le bord costal, et n'est pas douloureux à la pression.

Prescription : diète lactée, eau de Vichy.

Devant l'intensité des phénomènes douloureux dans la région correspondant topographiquement au rein droit, et bien qu'il n'existât pas de notables modifications du côté des urines nous avons pensé, à ce moment, au phlegmon périnéphritique. Cette affection sielle n'est pas secondaire à une lésion rénale ne s'accompagne pas nécessairement de modification des urines, et son aspect clinique, dans les premières phases de son évolution, correspondant bien aux symptômes que nous constatons chez notre malade. Ce fut aussi l'opinion de notre camarade le Dr Hermant que nous avons prié d'examiner le malade.

Le 14, les mêmes symptômes persistent mais le malade nous signale en outre que sa douleur s'est étendue en arrière à la partie inférieure du thorax. Les derniers espaces intercostaux droit sont en effet douloureux à la pression et il existe un point particulièrement sensible dans le 10^e espace.

La fièvre persiste et s'accompagne de transpiration nocturne. La température oscille entre 37 et 39°.

Bien qu'il n'existe pas de modification appréciable du côté du foie, cette extension thoracique de la zone douloureuse et le commémoratif de diarrhée nous font penser à la possibilité d'un abcès de la partie postéro-inférieure du foie.

Le 15, en présence des mêmes symptômes avec aggravation de la douleur spontanée et à la pression dans les derniers espaces intercostaux, nous recourûmes à la ponction exploratrice qui fut pratiquée sur la table d'opération et sous anesthésie en vue d'une intervention éventuelle. Dès la première ponction, faite au point le plus douloureux, dans le 10^e espace, on retire un pus grisâtre, peulîé et sans odeur.

L'opération est pratiquée séance tenante : Incision sur la 10^e côte dont nous pratiquons la résection sous-périostée sur une étendue de 8 centimètres. Incision de la plèvre, du diaphragme et du tissu hépatique en se guidant sur l'aiguille laissée en place. Issue de pus abondant mêlé à des débris de tissu hépatique.

Exploration et curettage prudent à l'index d'une cavité de la grosseur d'une orange. Lavage au sérum. Gros drain dans la cavité. Suture partielle du plan musculo-cutané.

Suites opératoires très satisfaisantes.

Dès le surlendemain la fièvre cesse et ne reparait plus ; les douleurs disparaissent.

L'état général du malade s'améliore rapidement. Le drain est enlevé le quinzième jour. La cavité se comble et la plaie cutanée se cicatrise de jour en jour.

Le 15 octobre, c'est-à-dire, un mois après l'opération, le malade quitte l'hôpital complètement guéri pour être rapatrié par le « Cao-bang ».

Ce cas est à rapprocher de celui de la thèse de Gauverit, il montre l'importance de la douleur dans le diagnostic de l'hépatite suppurée. C'est sur son apparition aux derniers espaces intercostaux droits que fut décidée la ponction exploratrice qui donna issue à du pus, faisant voir ainsi l'origine du phlegmon supposé.

OBSERVATION IV

(*Gazette des Hôpitaux*, 19 juin 1919. *Sur quelques cas d'amibiase méconnue*, par MM. Ravaut et Charpin, obs. V.)

B..., 39 ans. Professeur de lettres, tirailleur, a séjourné à Rome en 1905 ; y fut atteint d'entérite avec selles sangui-nolentes. Avant la guerre, habitait Marseille. Depuis 1914 est constamment malade. On le soigne d'abord pour entéro-côlite muco-membraneuse. On songe ensuite à l'appendicite, on l'opère en mai 1915, mais il continue à souffrir et les troubles intestinaux persistent.

Ces troubles relevaient, en réalité, d'une amibiase méconnue, comme nous allons le voir.

L'appendice ne pouvant plus être mis en cause, les douleurs dans les lombes et le flanc droit, la perception dans la fosse iliaque droite d'une masse lisse, rénitente, firent penser à un rein flottant. Certains mêmes prononcèrent le mot de pyélonéphrite. M. le médecin-major Escat, chef du Centre d'urologie de la XV^e région, ne trouve absolument rien d'anormal dans l'appareil urinaire (juin 1917) et le dirige, pour examen et diagnostic, sur le service du Secteur médical.

B... arrive dans notre service au mois d'août : constipation, mauvais état général.

Les selles contiennent des kystes de l'amibe dysentérique et des kystes de l'amibe coli.

Traitement à l'iodure de bismuth et d'émétine.

Les kystes disparaissent, les fonctions digestives s'améliorent, mais le mauvais état général persiste, et B... est proposé pour la réforme n° 2.

Enfin nous citerons le cas d'un malade admis dans le service du D^r Parmentier, à l'Hôtel-Dieu, pour néphrite. Il présentait à son entrée un œdème considérable des membres inférieurs. L'analyse des urines révélait une albuminurie supérieure à deux grammes. Dans les antécédents on retrouvait un séjour aux colonies.

Le malade mourut et à l'autopsie on constata un vaste abcès de plus d'un litre occupant le lobe droit du foie.

Il est regrettable qu'un départ imprévu ne nous ait pas permis d'avoir de plus amples détails sur les symptômes et les lésions rencontrées chez ce malade.

Ces observations montrent divers aspects de l'hépatite suppurée dans sa forme rénale. Il convient de bien connaître cette forme pour pouvoir la dépister en l'occurrence. On y arrivera d'autant mieux que l'on connaîtra, plus en détail, le syndrome rénal qu'on observe dans l'abcès du foie. En pathologie, comme en toute autre science, on doit viser aux lois générales de façon à pouvoir aisément se retrouver dans la multiplicité des cas, plus ou moins complexes, qui peuvent se présenter dans la pratique.

CONCLUSIONS

1^o L'hépatite amibienne évoluant très souvent dans nos climats sous des formes peu bruyantes, il serait à désirer que les cas d'abcès découverts seulement à l'autopsie fussent signalés. L'analyse rétrospective des symptômes observés durant la vie du malade permettrait de voir dans quelle mesure le diagnostic était possible. L'extension de plus en plus grande de l'abcès du foie justifie la connaissance en détail de ces formes frustes, latentes ou larvées de la maladie.

2^o En présence de personnes présentant des symptômes tant soit peu marqués d'hépatite, et devant la persistance d'un mauvais état général, si peu que l'on relève dans les antécédents un séjour dans des régions suspectes, il est bon d'essayer la médication par l'émétine. Souvent on obtiendra en peu de temps des résultats inespérés.

3^o Il conviendrait que les agglomérations où les maladies amibiennes sont fréquentes fussent désignées, afin que des mesures d'hygiène soient prises en vue d'enrayer le développement d'une parasitose qui s'est si bien acclimatée dans nos contrées.

Vu : le Président de la thèse
LABBÉ

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Grall (G.)*. — Hépatites des pays chauds. Abscès endémiques du foie (Traité de pathologie exotique clinique et thérapeutique Grall et Clarac, t. IV, p. 372-606. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1920, 766 pages).
- Bertrand et Fontan*. — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds (Paris, 1895, Société d'éditions scientifiques, 731 pages).
- Kelsch et Kiener*. — Traité des maladies des pays chauds (Paris, 1889; Baillière, éditeur; 884 pages).
- Rendu*. — Maladies inflammatoires du foie : hépatites, abcès du foie (Dictionnaire Dechambre, 4^e série, t. III, p. 23-85. Paris, 1877; Masson et Asselin, éditeurs).
- Françon (F.) et Hutinel (J.)*. — Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement (Paris, 1923; Gauthier-Villars et Cie, éditeurs; 130 pages).
- Le Dantec (A.)*. — Pathologie exotique, t. II (Paris; Gaston-Doin, éditeur).
- Valassopoulos (A.) et Pavlos Pétridis*. — Les hépatites dysentériques et leur Traitement (Paris, 1924; Masson et Cie, éditeurs; 145 pages).
- Gauverit*. — Recherches sur les difficultés que présente le diagnostic des abcès du foie (Thèse inaugurale. Paris, 1849).
- Leblond*. — Diagnostic et traitement des abcès du foie (Thèse pour le Doctorat en Médecine. Paris, 9 novembre 1892).
- Gaide*. — Mémoire sur les abcès du foie au Tonkin (Bulletin médical de l'Indochine, année 1906, p. 117-165-213).
- Ravaut et Charpin*. — Sur quelques cas d'amibiase méconnue (Gazette des Hôpitaux, 19 juin 1919).
- Ravaut*. — Syphilis. Paludisme. Amibiase. Traitement initial et cure de blanchiment (Paris, 1922 (2^e édition); Masson, éditeur; 213 pages).